研究報告

患者とのズレ（不一致）に繋がる看護師の思考・感情・行動の特徴
―看護場面の再構成による自己との対峙から―

永易　裕子

The characteristic of thought・feelings・and the action of patients and nurses causing a gap in understanding each other.
―From facing each other and reconfiguration of the nursing scene―

Yuko NAGAYASU

要旨

本研究の目的は、研究者自らの看護実践場面から看護師としての思考・感情・行動の特徴を抽出し、看護の目的を達成するための看護師の思考・感情・行動のあり方を考察することである。患者とのズレを感じた15場面を再構成し、各場面における患者－看護師間のコミュニケーション過程を、E．ウィーデンバックの自己評価項目に照らし、第三者と振り返った。その結果、ズレに繋がる看護師の思考・感情・行動の特徴として【看護師の思いを先行させること】が抽出された。しかし同時に看護師の思考や感情は看護師としての内的な限界にもなり得る一方、患者の援助へのニードと、時間・場・他職種との意見の相違といった【ケアの場の制約】として存在する外的な限界との間に生じる葛藤を打破する資源にもなり得ることも確認された。これらのことから、看護師は、現在の力を自覚し、臨床の場で生じる矛盾を調和的に解消していくための訓練が必要であり、その方法として自身の実践場面を再構成し第三者と振り返る過程そのものの有効性が示唆された。

キーワード：看護師としての思考・感情・行動、場面再構成、ズレ

Summary : The purpose of the point book study extracts the characteristic of thought / feelings / the action of nurses from the nursing practice scene of the researcher himherself, and it is to get an indicator to develop nursing along with the patient. It constituted 15 scenes which crented a gap with the patient again and compared the communication process between the patients and nurses in each scene. a self-evaluation item of E. Wiedenbach looked back with the third person. As a result, precedent in the thoughts of the nurse] was extracted as a characteristic of thoughts / feelings / the action of the nurses who led to the gap. However, thoughts and feelings of the nurse could become an internal limit to the nurse at the same time, and that it could be the rsource which defeated a tanglement produced between the external limit that there was as [the limitation of the place of the care] such as the disagreement with the place / the other types of job needed to support of the patient and the time confirmed. From these, the nurse was aware of current power, and training to cancel contradictions which occur at a clinical place congruently necessary, and the effectiveness of the suggested process I concluded the practice scene of one's own as a method again, and to look back in the third person.

Key words : A thought・feelings・an action as the nurse, a scene reconfiguration, a gap.

看護学科　助教

本論文は北里大学大学院看護学研究科において平成17年度修士学位論文の一部である。なお、本論文は平成19年度第11回北日本学会学術集会での報告に一部加筆修正したものである。

Ⅰ．はじめに

Ｅ．ウィーデンバックは「看護における援助技術の秘訣は、看護婦が、患者を観察し患者の《援助へのニード》をみきわめ、そのニードを満たすための援助を行い、その援助が有効であったことを確認するときに、その自分の考えたことや感じたことを、どれだけ熟慮して活用できているかどうかということにある」[1]と述べている。

研究者は、６年の臨床経験を経て某看護系大学に入学した。入学後最初の臨地実習で、担当教員から受持患者とのズレを指摘され、自身の看護観を総点検せざるを得ない状況に陥った。これまで当たり前と思っていたことを他者から覆されることは、看護師としての職業的アイデンティテイのみならず個人的アイデンティティをも揺さぶられる非常な苦痛を伴う体験であった。しかしその後、新たな看護観を再構築するに至り、第三者のスーパーヴィジョンのもと実践を積む意義を痛感した。

大学卒業後、これまでの看護実践の再点検と、今後の糧となる看護上の指針を得る目的で、大学院へ進学した。大学院では、様々な看護理論に出会うなか、自身の実践を看護理論に照らして自己評価しつつ実践を重ねていくことが、患者のニードを捉え患者に沿った看護を展開していくための有効な方法であることを知った。そして第三者を交えた振り返りを進めていくうちに、自身の思考や感情を看護場面で未だ十分に活用し得ていないこともわかってきた。看護は、対象である人間との相互作用のなかで展開されるものであり、看護の担い手である看護師が、自身の行動基盤となる思考・感情を知ることは看護の目的を達成するために必要不可欠である[2]。そこで、まず、現時点での自身の看護場面における思考・感情・行動を明らかにする必要性を感じ、本研究に着手した。

Ⅱ．研究目的

研究者自身の看護実践場面から看護師としての思考・感情・行動の特徴を抽出し、看護の目的を達成するための看護師の思考・感情・行動のあり方について考察する。

Ⅲ．理論的前提と用語の定義

患者－看護師間の対人関係に焦点を当てたＥ．ウィーデンバックの看護理論[3][4]を理論的前提に据え以下のように概念規定した。

看護の目的：ある個人が障害をのりこえようとする努力を促すことであり、その障害とは、その時その人がおかれている状態や周囲の状況の中からその人に要請されていることにうまく応じる能力を妨げているものをさしている[5]。その人が《援助へのニード》として体験しているニードを満たすこと[6]。

援助へのニード（need for help）：自分のおかれている状況の中で要請されているものに、自ら対処する能力を回復し伸ばすことのできる潜在的な力をそなえている個人が、望んだり欲したりする何らかの方法または行為[7]。

ズレ（不一致）：看護師が患者を捉えるときに感じる気がかりの一つ。ズレは「止まれ・見よ・そして耳を傾けよ」の信号であり、そのズレの原因を調べるための信号であり、行為をする準備としての信号である[8]。

Ⅳ．研究方法

１．研究対象

研究者が看護師として患者に関わった場面における自身の思考・感情・行動

２．分析場面の選定

「看護大学に編入し実習生として患者に関わったとき」「大学院生時にティーチングアシスタントとしての研修を行ったとき」「大学院生時に夜間の救急外来へ非常勤職員として勤務したとき」の看護実践経験のなかから、患者への看護に際してズレを感じた15場面を抽出し、それらを分析対象とした。

３．分析方法

１）研究者の記憶を想起し分析対象場面を再構成する。

2）再構成した場面における患者―看護師間のコミュニケーション過程を経時的に記述する。
3）2）で記述したものをE．ウィーデンバックの自己評価項目[9]（表1）に照らし、自己評価後第三者と振り返る。
4）〈患者とのズレに繋がる看護師の思考・感情・行動の特徴〉を抽出する。
5）1）～4）をふまえ、看護の目的を達成するための看護師の思考・感情・行動のあり方について考察する。

表1　自己評価項目（E．ウィーデンバック）

1．なぜ、この（特定の）出来事を再構成のために選んだのか
2．患者の《援助へのニード》をみきわめたり、患者の必要としている援助を与えるために、自分の知覚したこと、考えたこと、感じたことをどのように活用したか
3．自分が言ったり、行ったりしたことを通じて、どんな成果を得ようとしていたのか
4．自分が実際に得たような結果を得るために、特に自分が言ったり、行ったりしたことはなにか
5．この再構成を書き、振り返ってみることによって、自分のやり方に対してどんな洞察を得たか

なお全研究過程において、本研究方法論の修得レベルの高い研究者によるスーパーバイズを受け、内容の信頼性・妥当性の確保に努めた。

4．倫理的配慮

本研究は、看護師免許を有し実践経験のある研究者が看護実践者として患者に関わった実践の一部を、看護研究者の立場で客観視し再評価する取り組みである。そこで、分析対象として選定した看護場面に登場する患者9名が特定されないよう当該実践期間は伏せ、氏名は任意のアルファベット、年齢は10の位までの表記とした。病名や経過、家族背景等の個人情報は論文作成の段階で意味内容が変わらない範囲で修正した。また、患者情報を記載した資料は個人が特定されない内容に修正し、鍵のかかる場所で保管した。患者情報および分析内容の共有はスーパーバイザー内とし、全研究過程で知り得た内容は本研究の目的以外に使用せず、発表の際も個人のプライバシーおよび匿名性の保護に努めた。

V．結果

全15場面の概要と抽出された看護師の思考・感情・行動の特徴を表2に示す。
今回【場面1】【場面2】を中心に述べる。

1．【場面1】

表3に再構成を、表4に患者―看護師間のコミュニケーション過程を記述した。

1）E．ウィーデンバックの自己評価項目に照らした振り返り

（1）なぜこの出来事を再構成のために選んだのか

患者との初対面時の印象と、次に会った時の印象とがあまりに異なり“何かある”と感じ、患者の思いに関心を寄せて話しかけたことから始まった出来事であったため。

（2）患者の《援助へのニード》をみきわめたり、患者の必要としている援助を与えるために、自分の知覚したこと、感じたことをどのように活用したか

看護師は、患者の表情や視線の位置・言葉や身振りから、患者は麻痺側の運動・感覚機能低下に伴った喪失感や無力感を抱いていると感じた。そして患者の意識を「失われた力」ではなく「もてる力」に向けることで、患者の喪失感・無力感の軽減に繋げたいと思った。そこで、患者を入院時から看ていた看護師が「以前よりも回復している」と述べていたことを想起し、その看護師の言葉を患者に伝えたところ、患者は病気になる前と後でのあまりの変化に戸惑い、回復を実感できずにいる思いを表出した。看護師は、今の患者のもてる力を把握したうえで、麻痺側上肢の機能が少しでも回復に向かうようにと、同様な健康障害をもつ別の患者に有効だった手浴を実施しようと考えた。看護師はまず手浴の効果を伝えようと、患者の麻痺側上肢に触れながら、末梢神経への絶え間

表２　全15場面の概要と抽出された看護師の思考・感情・行動の特徴

場面	場面の概要	看護師の思考・感情・行動の特徴
1	壮年期男性、脳血管障害、回復期の患者 A 氏が、身体機能の低下による喪失感・無力感を抱いていた。看護師は患者に失われた力ではなく、もてる力を意識させようと、末梢神経を温タオルにて刺激し、その意味を説明した。	【健康を障害され、その現実に直面できていない患者に対し、身体の残存機能に意識が向くよう促した】
2	(【場面 1】に続き)患者A氏に対し、看護師は手浴を施行することによって末梢神経を刺激し、その意味を繰り返し説明した。また主体的にリハビリに取りくんでもらえるようにと、意識して身体を動かすことの意味も説明した。	【健康を障害され、その現実に直面できていない患者に対し、身体の残存機能に意識が向くよう促した】
3	(【場面 2】に続き)歩行可能となった患者 A 氏が、共に励まし合ってきた同室者の退院に落胆していたため、看護師は患者へ、以前できなかったことができるようになってきており、もてる力が拡大している現状を伝えた。またリハビリへの意欲を高めようと、末梢神経と中枢神経とを意識して鍛える方法とその意味を説明した。	【健康を障害され、その現実に直面できていない患者に対し、身体の残存機能に意識が向くよう促した】
4	老年期男性、認知障害、精査中の患者B氏が、帰宅の希望を訴え続けていたため、看護師は患者の希望を叶えることは現実的に困難であると判断し、精神的な苦痛を一時的にでも緩和できるようにと、緊張していた頸部の筋肉を温めマッサージした。	【身体と心は繋がっているという考えのもと、患者の思いに沿えない代わりに患者の身体へ働きかけた】
5	老年期女性、原因不明の末梢神経障害により身体機能が徐々に低下してきている患者 C 氏が、視力の悪化と肩こりを苦痛に感じていると表現したため、看護師は温タオルを用いた肩のマッサージを提案した。	【身体と心は繋がっているという考えのもと、患者の思いに沿えない代わりに患者の身体へ働きかけた】
6	(【場面 5】に続き)看護師は、患者 C 氏が看護師への感謝を告げる時の視線と表情を見て、患者の言葉と本当の思いとのズレを直感的に感じたが、そのまま患者と別れた。	【その時に感じた感覚を患者に戻して患者の意思を確認しなかったため、行ったケアが患者にとって本当に必要であったかを把握する機会を逸した】
7	慌しい救急外来での勤務中、看護師は医師が患者 D 氏に使用する物品について疑問を感じたものの医師なりの判断のもと実施しているのだろうと思い、医師へ直接確認しなかった。	【医師の行動の意味を、医師の外見や行動から推測し、直接医師に確認しなかったため、患者へ害を及ぼす危険性を高めた】
8	老年期男性E氏が腹痛を主訴に救急外来で診察を受けたが、問題なく医師から帰宅を勧められた。しかし患者は症状が完全に消失しないため一晩外来に泊まらせて欲しいと訴えた。看護師は、医師の判断、患者の思い、救急外来の場の特性との間で葛藤した。最終的には医師の再々の診察を受け、やはり問題なく、患者は納得しないまま帰宅したが、看護師には異和感が残った。	【患者のニードをみきわめる過程で、患者のニードとケアの場の制約との葛藤により判断に迷いが生じた】
9	壮年期男性、脳血管障害、回復期の患者 F 氏から気分転換に外の景色を見に行こうと言われ、車椅子で散歩に出かけたところ、途中、家計についての話を境に患者が口を閉ざした。	【その時に感じた感覚を患者に戻して患者の意思を確認しなかったため、行ったケアが患者にとって本当に必要であったかを把握する機会を逸した】
10	(【場面 9】に続き)無言の患者 F 氏と外の景色を眺めていると、普段口数の少ない患者が自身の経済的事情について話し始めた。看護師は、これまで独り悩んでいた患者を思い浮かべ、思いを表出して楽になってもらいたいと思いながら聞いていたところ、患者は自分で話を打ち切った。	【その時に感じた感覚を患者に戻して患者の意思を確認しなかったため、行ったケアが患者にとって本当に必要であったかを把握する機会を逸した】
11	(【場面 10】)に続き)移動途中で、突然、患者F氏は大声で自分を全否定する叫び声をあげた。泣いていた。看護師は、患者が溜めていた思いを表出している状態を止めてはならないと思い、人通りが少なく穏やかな日差しが差し込む院内の一角に移動し、患者の訴えを傾聴した。	【その時に感じた感覚を患者に戻して患者の意思を確認したことにより、患者の思いを知ることができた】
12	壮年期男性、脳血管障害、回復期の患者 A 氏が、リハビリ室で行っていた運動が、患者が職人として長年行ってきた動作と似ていたため、看護師は退院前の患者が、病棟でも同じ運動にとりくめるようにと、担当の作業療法士に許可をもらい、リハビリ室での運動を病棟でも行えるようにした。	【患者のこれまでの人生と今と未来とを繋げて看護の方向性を思い描くことで、看護師の思いを患者のニーズに沿った具体的な援助へ活かすことができた】
13	成人期男性、炎症性腸疾患の患者 G 氏が、腹痛で救急外来を受診した。腹痛は排便コントロールにて改善し帰宅許可がおりたが、患者は下肢の繰り返す痙攣の痛みに苦しんでいた。日頃この痙攣で眠れないこともしばしばあるという訴えを聞いた看護師は、患者の全身状態に関心を寄せ、下肢を温めて代謝を高め、疲労物質や老廃物の排出を促せば痙攣がおさまるのではないかと予想し足を温タオルで蒸したところ、痙攣はおさまり、患者は入眠した。	【患者のこれまでの人生と今と未来とを繋げて看護の方向性を思い描くことで、看護師の思いを患者のニーズに沿った具体的な援助へ活かすことができた】
14	老年期男性、消化器疾患、終末期の患者 H 氏が救急外来に来院。患者は看護師に担当医師の科名について尋ねた。看護師は、尋ねられた担当医師の科名のみを告げたが、その後患者が沈黙したことへ異和感を覚え、患者に質問の意図を尋ねたところ、患者は前回の医師と今回の医師との治療方針の違いに疑問を感じていたことがわかった。	【その時に感じた感覚を患者に戻して患者の意思を確認したことにより、患者の思いを知ることができた】
15	老年期男性、脳血管障害、終末期の患者 I 氏が救急外来に来院。消化管からの下血が持続しているにも関わらず帰宅許可が出され、患者・家族は不安を抱いていた。確認したところ医師は血液検査値のみから病状を判断していたことがわかり、看護師は医師に出血状態を確認するよう連絡した。医師は気分を害していたが、診察後、治療方針が変更となり、患者は入院した。	【医師の行動の意味を、直接医師に確認したことにより、患者へ害を及ぼす危険性を低めた】

表３ 【場面１】　※表中の「…」は時間経過を表す

私が知覚したこと	私が考えたり感じたりしたこと	私が言ったり行ったりしたこと
①AM8:30頃、各病室の環境整備を回り終え、1号室（4人部屋）の入口に立った時、2ベッド（窓際・奥）の患者A氏がベッドサイドで車椅子に乗車している姿が目に入る。A氏は入口から身体の前面が見える状態で座り、顎を引き、顔を下に向けている。	②この時間帯に車椅子に乗っているっていうことは、他の患者さんと同じように、リハビリのお迎えを待っているんだろう。う～ん・・でも、なんだかさっきと様子が違ってテンション低いなあ。どうしたんだろう？	③A氏の右側から近づき、「Aさん、これからリハビリですか？どうかされました？」とゆっくりと穏やかな口調で声をかける。
④A氏は、看護者と目を合わせた後、左手に視線を落とし、右手で左手を持ち、体幹の方向へ軽く引っ張りながら、「ええ・・もうね・・力が入らなくて・・ダメですよ」と、一言一言搾り出すように言う。	⑤そうか、麻痺側の力が入らないことを気にかけていたんだ・・Aさんはダメなんかじゃない！失われた力に注目するのではなく、今もっている力に注目することで、少しでも前向きな気持ちを持ってもらいたいな。Aさんは力が入らないって言ってるけど、今、麻痺側の力は実際にどのくらい残っているんだろう？	⑥A氏の右側から左側に移動し、A氏の顔が見えるよう腰を落とし、A氏の左手を自分の左手掌ののせて右手でゆっくり摩りながら、「今、触っている幹事、わかりますか？」とA氏の顔を見ながら言う。
⑦下を向いたまま、「いえ、叩いても、つねっても分からないんですよ・・・」と小さい声で言う。	⑧そうか・・。でも、そうは言うものの、さっき受持ナースが個室にいた頃よりだいぶ良くなったっていってたな。	⑨A氏の左手を摩りながら、「さっき、看護婦さんがだいぶ良くなったって言ってましたよ。」と言う。
⑩下を向いたまま、「そぉ？・・・気になってしょうがないよ・・・全然まえと違うから・・・倒れたときから動かないんだよね・・・」と小さい声で言う。	⑪良くなっているって聞いても、前の状態には程遠いだろうし、回復を自分で実感できていないから不安はとれないよな・・・。手浴をしてさしあげたいな。これまでの実習で脳神経が障害された人に手浴がとても効果的だった。麻痺側を湯につけて温めながら刺激することで少しずつでも動くようになればいいな。目に見えて回復を実感できると不安も軽くなるだろうし・・。まず、手浴の効果を伝えてみよう。	⑫A氏の左手を自分の左手で下から支えるようにして持ち、「Aさん。こうしてマッサージするじゃないですか？」と言い、右手をA氏の左手の指先から前腕～上腕～肩～頭へと沿わせながら、「そしたらね。刺激がこうして脳に伝わってね。少しずつですけど動くようになるんですよ。希望があるんですよ。」と言う。
⑬A氏は顎を上げ、目を少し開いて、看護師と目を合わす。	⑭あっ！興味を持ってくれたかな？よ～し、時間的に手浴は無理だけど、温めてマッサージするくらいならできるぞ。勧めてみようか。	⑮A氏の顔を見ながら、「良かったら、リハビリ行く前に、温めながらマッサージしましょうか？温めるとより効果があるんです。」
⑯A氏は看護師の顔を見ながら、「いいねえ～」と微笑み、「人間の身体って、ほっといたらこうなるんだね。」と言う。	⑰良かった！ケアできる。時間がない、急ごう。 ん？待てよ。「ほっといたら」って言うことは、Aさん、今までほっとかれたのかな・・？そういえば左手の皮が随分厚くなってるし、乾燥して表面がカサカサしてる。	⑱「温かいタオル取ってきますね。すぐ戻ってきますから。」と言い、1号室を出たところにある加温器の中から温タオルを1本取り出し、ナイロン袋に入れてA氏のもとへ戻る。「お待たせしました。」と声をかけ、ナイロン袋からタオルを取り出し、温タオルの温度を自分の手で確認した後、その温タオルをA氏の左手の手背と手掌を挟み包み込むように当てる。「これが効くんですよ。血行も良くなって、筋肉も柔らかくなって。」と、温タオルの上からA氏の手背と手掌を両側から押したり、指の腹を押したりしてマッサージを行う。
⑲A氏は、左手を見ながら「うん。」と言う。	⑳血行がだいぶ良くなった！でも皮膚がカサカサでだいぶ垢が溜まってるみたい・・爪も伸びてるし・・これはやっぱり手浴の方がいいなあ・・。あっと、もうリハビリのお迎えが来る頃だ。そろそろ片付けよう。	㉑「色が良くなりましたねえ。血液の循環が良くなったんですよ。う～ん、ちょっと乾燥してますねえ。時間があったら、本当はお湯につけるといいんですよ。しっとりするし、汚れも落ちますから。爪も伸びてますし、次はお湯につけて柔らかくして切りましょうか？」と言いながらタオルをたたむ。
㉒A氏は、左手を見ながら「うん。そうしてもらおうか。」と言う。	㉓そしたら続きは午後にしよう。リハビリの前がいいかな、ウォーミングアップの意味で。	㉔「そうですね。じゃあ、午後のリハビリの前にでもしましょうか？動きが良くなって、リハビリの効果も上がると思うので。」
㉕顔を上げ、歯切れ良く、「うん。いいね。」と言う。そこへ、看護補佐が来て、A氏の車椅子を押し、リハビリ室へ向かい始める。	㉖よかった！表情や声の調子が良くなった。明るくなった。	㉗立ち上がって、笑顔で、「いってらっしゃい」と言う。

ない刺激が障害を受けている中枢神経の回復に繋がることを説明した。手浴を計画していたが、リハビリテーション（以下、リハビリ）の時間が迫っており時間的に余裕がなかったため、温タオルで麻痺側の手を温めつつマッサージを行った。

（３）自分が言ったり、行ったりしたことを通じて、どんな成果を得ようとしていたのか

患者の意識を失われた力ではなく、もてる力に向けることで、患者の喪失感・無力感の軽減に繋げたいと思った。

（４）自分が実際に得たような結果を得るために、特に言ったり、行ったりしたことはなにか

別の看護師の言葉を引用したり、リハビリの時間まで麻痺側の手を温めマッサージを行ったりした。そして行っているケアが身体に与える効果を繰り返し説明し、次回はさらに効果的なケア

表４　【場面１】患者ー看護師間のコミュニケーション過程

患者：A氏、50歳、男性、脳血管障害、回復期。
看護師：総合病院で6年の臨床経験を経て、某4年制大学看護学部入学。卒業と同時に某大学大学院看護学研究科入学。その2年次に、看護学部2年次生を対象とする基礎看護学実習へティーチングアシスタントとして参加するにあたり事前研修を行うことになった。 場面はその初日の出来事。研修当日 AM8:00 に病棟へ行き、学生が実習で受け持つ予定だった患者6名のうちの一人である患者A氏のカルテを見て、「A氏、50歳、男性、脳血管障害、回復期」の情報を得た。申し送りを聞いた後、A氏のもとへ挨拶に向かった。挨拶を終えた直後、A氏は間髪入れず「ああ！○○（看護師の名字）ちゃんって言うの？いやあ、いやあ、今後ともよろしくね！」と顔を上気させながら声高に早口で答えた。看護師はその時のA氏に「妙にハイテンションな人」という印象を抱いた。
某日、午前中、看護師は、患者が自室のベッドサイドで車椅子に乗り、顎を引き、顔を下に向けている様子を目にした。看護師は、今の患者から受ける印象と先ほど受けた印象とのズレを感じ、患者の思いに関心を寄せて話しかけたところ、患者は麻痺側上肢を健側上肢で触れながら、麻痺側の運動機能が低下し、自身の価値を見出せずにいることを言葉で表現した。看護師は、患者の言葉や態度から、患者は麻痺側の運動機能低下に伴った喪失感や無力感を抱いていると感じ、患者の意識を「失われた力」ではなく「もてる力」に向けることで、患者の喪失感・無力感の軽減に繋げたいと思った。そこで、今の患者のもてる力を把握しようと、患者の麻痺側上肢に触れながら、その感覚の有無を確かめたところ、患者は麻痺側上肢の感覚を感じ取ることができなかった。そして現状を辛く感じていることも知った。その時、看護師は、患者を入院時から看てきた看護師が「以前よりも回復している」と述べていたことを想起し、その看護師の言葉を患者に伝えた。しかし、患者は、看護師の言葉を覆し、病気になる前と後でのあまりの変化に戸惑い、回復を実感できずにいる思いを言葉と態度で表した。看護師は、この患者に対し、麻痺側上肢の運動・感覚機能が少しでも回復するよう、同様な健康障害をもつ別の患者に有効だった手浴を実施しようと考えた。そこで、手浴の効果を患者に伝えるため、患者の麻痺側上肢に触れながら、末梢神経への絶え間ない刺激が障害を負っている中枢神経の回復に繋がることを説明した。看護師の説明に対し、患者は看護師と視線を合わせた。看護師はその患者の態度を、自分の説明への前向きな関心の表れであると解釈し、患者に生じた前向きな関心を維持させたいと考えた。時間的な制約のなか、今できる最大限のケアを行おうと考えた看護師は、自分がこれから実施しようと考えているケア内容を患者へ話した。患者は、看護師と視線を合わせて微笑み、これまでケアされていなかったという思いを表出した。しかし、この時の看護師の関心は「限られた時間内でいかにケアを実施するか」にあり、患者が発した言葉の真意を確かめることなく、麻痺側上肢の観察を行い、早速ケアの準備にとりかかった。準備を終えた看護師は、患者へケアの効果を説明しながら、麻痺側上肢を刺激した。患者は、看護師の説明に対し、短い言葉を発して応えながら、自身の麻痺側上肢を見続けた。看護者は、患者が見ている麻痺側上肢の血液循環の変化を患者に告げるとともにケアの有効性も伝えた。その後、制限時間を意識しながら物品を片付けた。看護師は患者に、次回は今回よりもさらに有効なケアを提案したところ、患者から同意が得られたため、次回ケアの実施時間とケアが身体に与える有益な影響を説明した。その時、制限時間いっぱいとなり、患者は他者の力を借りてその場から去った。看護師は、去り際の患者の言葉や表情から、患者の変化を感じ、それは良い変化であると評価した。

を行うことを提案した。

（５）この再構成を書き、振り返ってみることによって、自分のやり方に対してどんな洞察を得たか

振り返る前までは、顎を引き下を向いていた患者が、最終的に顔を上げ提案するケアへ明るく応えた様子から、“患者の良い変化に繋がる良い関わりができた”と思っていた。しかし、場面を再構成し第三者と振り返る中で、患者とズレが生じていることに気がついた。

患者から受けた印象のズレから、患者の思いに関心を寄せ、関わりをもてたことは良かったと思う。しかし“患者を、失われた力ではなくもてる力へ意識づけることで、患者の喪失感・無力感の軽減に繋げたい”という看護師の思いが先行し、患者が発した言葉の真意を吟味することなく展開されている。手浴を思いついてからの看護師の関心は“限られた時間内でいかに効果的なケアを実施するか”にあり、途中、患者の「人間の身体って、ほっといたらこうなるんだね」という言葉に対し、“ん？「ほっといたら」っていうことは、Aさん、今までほっとかれたのかな..？そういえば左手の皮が随分厚くなってるし、乾燥して表面がカサカサしてる”と感じたものの、提案したケアが実施できる喜びと、リハビリに行く前にケアを終えなければという思いが勝り、患者の言動から受けた感覚を患者に戻して患者の反応を確かめることなく、意識はケアを行うことへ向かっている。

２．【場面２】

表５に再構成を、表６に患者―看護師間のコミュニケーション過程を記述した。

この場面は、【場面１】と同日の午後、患者と午前中に交わした約束通り、午後のリハビリ前に手

表５　【場面２】

私が知覚したこと	私が考えたり感じたりしたこと	私が言ったり行ったりしたこと
①「もう、ずっと洗ってないからね。ほら、白くなってるだろう。」	②ゴワゴワした感触。だいぶ垢が溜まってそう。	③笑顔で、「ほんとだ、だいぶ垢がたまってるみたいですねえ。洗ったら垢がポロポロ取れますよ。」
④左手を見ながら、「そうだろうなあ。」と言う。	⑤お湯熱くないかな？大丈夫かな？	⑥自分の手でお湯の温度を確認しつつ、A氏に「熱くないですか？右手で確認してみてください。」と言う。
⑦湯の中に右手を入れ、下を向いたまま、「うん。大丈夫。」と言う。	⑧大丈夫ね。そしたら、左手を入れよう。	⑨A氏の顔を見て、「それじゃあ、左手をつけますよ。」と言う。A氏の左手をゆっくり湯につけながら、「大丈夫ですか？」と言う
⑩A氏は左手を見ながら、「うん。」と言いながら頷く。	⑪握っている手の中がヌルヌルする。いつも握りっぱなしなんだろうなあ・・・。あまり動かしていない所を急に動かすと痛みが出るものだけど・・今、痛くはないかな・・？	⑫A氏の左手を自分の左手で支え、右手でA氏の指や指の間を洗いながら、「Aさん、痛くないですか？」と言う。
⑬A氏は左手を見ながら、「うん。痛くない。」と言う。	⑭感覚が弱まっているから痛みも感じないんだ・・・。これから毎日刺激していって、少しずつ感覚を取り戻せるといいな。	⑮洗いながら、「Aさん、こうして左手を温めたり動かしたりすることを繰り返し繰り返し続けることで、少しずつ良くなっていきますからね。おっ！汚れが落ちてきましたよ！」
⑯A氏は、左手が浸かり、垢が浮いている洗面器の方を見ながら、「ほんとだ。」と抑揚なく言う。時々、肩から前腕にかけての筋肉がピクピク動く。	⑰あれっ、左手動いてる！全然動かないわけじゃない、動いてる！	⑱「あれっ！Aさん！左手動いてますよ！」と言い、A氏の顔を見る。
⑲A氏は、左手を見ながら、「うん。動くのは動くんだけどさ・・・。思うようにはならないよ。」と抑揚なくゆっくり言う。	⑳動くっていうことは、神経がそれだけ繋がっているっていうこと！先は明るい！あとは、極力以前使ってた神経を意識的に使って太くすればいいんだ！	㉑洗いながら、A氏の顔を見て、「Aさん、動くってことは神経が通ってるって証拠ですからね、いいことなんですよ。ただ、前とは違う神経が動いている状態なんで、これからは今まで使っていた神経を意識して使うようにしていくといいんです。」と言
㉒A氏は、左手を見ながら数回頷く。	㉓伝わってるかなあ・・・。脳に刺激を送り続けることが回復を促す。これからAさん自身が意識して身体を動かしていけるように、脳に刺激を送る意味を伝えてみよう。	㉔A氏の掌をマッサージしながら、「Aさん、今、いろんな刺激が脳に伝わってるんですよ。お湯に触ってるでしょう、私が触ってるでしょう、Aさんが一生懸命見てるでしょう、いい匂いがするでしょう、この刺激一つひとつが脳に伝わって、神経と神経が結びつくように働きだすんです。繰り返し使っていると、よく使う神経が残って、使わない神経は働かなくなるんですよ。」とゆっくり言う。
㉕A氏は左手を見ながら頷いている。左手は赤味がさし、水分を含んで柔らかい。	㉖んん・・・？どうだろう伝わったかな・・・？手浴はしばらく続けたほうがいいなあ。手は乾燥しないように、保湿クリームを塗っておこう。	㉗A氏の顔を見て、笑顔で「乾燥しないように、保湿クリーム塗っときますね。」と言う。
㉘A氏は、「ありがとう、〇〇ちゃん。」と、看護師の名字を呼び、看護師の目を見て頷く。	㉙あれっ、名前を呼んでくれた、嬉しいな。距離が縮まった感じ。	㉚A氏の顔を笑顔で見て、「また、今日みたいにしに来ますからね。」と言う。

浴を行っている場面である。

１）Ｅ．ウィーデンバックの自己評価項目に照らした振り返り

（１）なぜこの出来事を再構成のために選んだのか

【場面１】に続き、経験上効果が実証されていた手浴を実際に患者に実施できた場面だったから。

（２）患者の《援助へのニード》をみきわめたり、患者の必要としている援助を与えるために、自分の知覚したこと、感じたことをどのように活用したか

手浴中、わずかに麻痺側が動く様子を見逃さず、それを患者に伝えて共有した。また、麻痺側が不随意的にでも動くことを喜び、患者に動くことの意味を伝えるとともに手浴の効果を繰り返し伝えた。

（３）自分が言ったり、行ったりしたことを通じて、どんな成果を得ようとしていたのか

患者の回復過程が促され、日々の生活の中で患者が主体的にリハビリへ取り組めるようにと思っていた。

（４）自分が実際に得たような結果を得るために、特に言ったり、行ったりしたことはなにか

看護師は、患者の麻痺側が不随意的にでも動くことを喜び、この動くという力を、もてる力とし

表６　【場面２】患者ー看護師間のコミュニケーション過程

患者：A氏、50歳、男性、脳血管障害、回復期。
看護師：総合病院で６年の臨床経験を経て、某４年制大学看護学部入学。卒業と同時に某大学大学院看護学研究科入学。その２年次に、看護学部２年次生を対象とする基礎看護学実習へティーチングアシスタントとして参加するにあたり事前研修を行うことになった。 場面は【場面1】と同日の午後、A氏と午前中に交わした約束通り、患者の午後のリハビリ前に手浴を実施する。
患者は、ずっと手を洗っていなかったことを、自分の手の状態とともに看護師に伝えた。看護師は、患者の手の触感から汚れを感じとり、患者へこれから行うケアによって汚れが落ちると答えた。患者は麻痺側上肢を見ながら看護師の言葉に相槌をうった。看護師は湯の温度を自分の手で確認した後、患者に患者の身体で湯の温度を確かめるよう声をかけた。患者は、健側上肢を湯の中に入れながら大丈夫であることを看護師に伝えた。看護師は患者の言葉を聞いて安心し、患者の麻痺側上肢を湯の中に入れた。その掌のヌルヌルした感触から、日頃あまり動かしていないのではないかと予想し、動かしていないだろう手を他者に動かされることによって痛みが生じないか心配になり、患者に麻痺側上肢の感覚を尋ねたところ、患者は痛みはないと言う。看護師は、患者の言葉から麻痺側の感覚機能が低下していることを再認識し、今後の継続したケアで、少しずつ回復することを願いつつ、実施中のケアにより汚れが落ちていることを患者に伝えた。患者は、看護師の言葉に抑揚のない口調で相槌をうった。看護師は患者の麻痺側上肢の筋肉がかすかに動いていることに気づいて驚き、その様子を患者の表情を確認しながら伝えたところ、患者は、麻痺側上肢を見ながら、“動くこと”より“自分の思うように動かないこと”が気になっている今の気持ちを看護師に話した。しかし、看護師は“動くこと”に関心を寄せ、動くことは神経が通っている証拠であり、今後患者が主体的に動かすことによって改善がみられる可能性があることを説明した。患者は、麻痺側上肢を見ながら看護師の言葉に無言で数回頷いた。看護師は、自分の説明が患者に伝わっているのか心配になり、これから患者に自主的にリハビリに励んでもらえように、動かすことの意義を再度患者に説明した。患者は、左手上肢を見ながら看護師の言葉に無言で頷いた。ケアにより患者の麻痺側上肢の循環が良くなった。看護師は、自分の説明が患者に伝わっているのか心配し続けながら、麻痺側上肢の乾燥を防ぐケアを実施した。ケアが終了し、患者は看護師の名前を呼んで礼を言い、看護者と視線を合わせて頷いた。看護師は、患者が自分の名前を呼んだことで両者の関係性が深まったように感じて嬉しく思い、また同様にケアすることを伝えた。

て患者に意識づけようとした。

（５）この再構成を書き、振り返ってみることによって、自分のやり方に対してどんな洞察を得たか

看護師は、患者の「ずっと手を洗っていなかった」という言葉と、掌のヌルヌルした感触から“日頃あまり動かしていないのではないか”と感じたが、【場面１】と同様に患者の言動から受けた感覚を患者に戻して患者の反応を確認しなかったため、患者の本当の思いを知る機会を逸している。

また、看護師は患者の麻痺側上肢の筋肉がかすかに動く様子に患者のもてる力を感じ喜ぶが、反して患者は“動くこと”より“自分の思うように動かないこと”が気になっている今の思いを看護師に表出した。それでも看護師は“動くこと”に関心を寄せ、動くことの意味を患者に説明した。

この場面の一連の患者の反応に着目すると、患者は看護師に対して最初は相槌をうって応えていたが徐々に口数が減り、途中からは麻痺側上肢を見つめながら無言状態が続いている。看護師はそのような患者の様子に関心を寄せることなく、自身が行った説明が患者に伝わったか心配し続けている。さらにケア終了時に患者が自分の名前を呼んでくれたことで両者の関係性が深まったように感じ、継続して手浴していくことを伝えて終わった。【場面１】から引き続き看護師本位の関わりを展開した結果、患者とのズレが拡大している場面といえる。

以上、【場面１】【場面２】の各場面における患者―看護師間のコミュニケーション過程から、ズレに繋がる看護師の思考・感情・行動の特徴として【健康を障害され、その現実に直面できていない患者に対し、身体の残存機能に意識が向くよう促した】【その時に感じた感覚を患者に戻して患者の意思を確認しなかったため、行ったケアが患者にとって本当に必要であったかを把握する機会を逸した】が抽出された。

同様な分析を経て、全場面から、患者とのズレに繋がる看護師の思考・感情・行動の特徴として、上述した２つに加え【身体と心は繋がっているという考えのもと、患者の思いに沿えない代わりに患者の

身体へ働きかけた】【医師の行動の意味を、医師の外見や行動から推測し、直接医師に確認しなかったため、結果として患者へ害を及ぼす危険性を高めた】【患者のニードをみきわめる過程で、患者のニードとケアの場の制約との葛藤により判断に迷いが生じた】【予想外の出来事に遭遇し感情が大きく乱れ、意識が患者ではなく自分に向くことにより看護の方向性を見失った】【患者のこれまでの人生と今と未来とを繋げて看護の方向性を思い描いたが、その思いを具体的な援助へ活かせなかった】の全７つが抽出された。

Ⅵ．考察

結果として得られたズレに繋がる看護師の思考・感情・行動の特徴を、Ｅ．ウィーデンバックが述べる看護実践における本質的な３つの要素「その人の《援助へのニード》をみきわめること・必要とされる援助を行なうこと・与えられた援助が本当に必要とされていたものであったかどうかを確認すること」[10] に照らして、患者のニードを捉え患者に沿った看護を実践するためには、看護師の思考および感情をどのように活用し行動化していけばよいかを考察した。

１．その人の《援助へのニード》を捉えるプロセスを阻むもの

１）看護師の思いを先行させること

今回の振り返りにより、その時は患者に良かれと思って実施したことが、必ずしも患者のニードに沿ったものではなかったということが明らかになった。このような結果に至った要因の一つに「看護師の思いを先行させた」ことがあげられる。例えば【場面１】【場面２】【場面３】の“健康を障害され、その現実に直面できていない患者に対し、身体の残存機能に意識が向くよう促す”という看護師の思い、【場面４】【場面５】の“すぐには解決できない心の問題を抱える患者に対し身体と心は繋がっているため、まず身体へ働きかける”という思い、【場面13】の“これまでの生活を振り返り、今後は健康的な生活を送って欲しい”という思いである。看護師の思いを、患者の《援助へのニード》を吟味することなく“良かれ”と行動に移していた。

Ｅ．ウィーデンバックは、看護行為は、目に見える動作に先立つある種の情報分析（information analysis）に基づき、〈合理的動作〉〈反応的な動作〉〈熟慮された動作〉の３つに分類され、なかでも看護実践を構成するのは〈熟慮された動作〉であると述べている[11]。

〈合理的な動作〉とは、「その行為者が他人の動作―それが言語的なものであれ非言語的なものであれ―や、その時の状況に応じてとる行動で、外から見える行為」[12] である。例えば【場面14】で、患者の「あの先生は何？内科の先生？」という発言に対し、「ええ、そうです。内科の先生です」と、患者の言葉へ反射的に答えた看護師の行動をいう。

〈反応的な動作〉は、「行為者が他人の行動あるいはその時の状況について知覚したことと、その行動について期待したり希望していたりすることと比較したときに、行為者が経験する強い感情に反して自動的に行なわれる、目に見える行為」[13] である。例えば【場面10】で、自分の命を絶とうとまで思い悩んでいた患者の思いを聞き、もっと患者の思いを知りたいと思ったが、患者が「行こう…もうこの話はいい」と打ち切ったため、患者の言う通り車椅子を押し、場所を移動した看護師の行動をいう。

一方、〈熟慮された動作〉は、〈合理的動作〉や〈反応的な動作〉とは対照的なものであり、「行為者が、そのとき知覚したことや感情的反応をある程度考慮はするが、この知覚や感情に全面的にもとづいてはいない、目に見える行為である。それはむしろ相互作用といえるもので、明確な目的の達成に向かうものであり、他の人が言語的あるいは非言語的に示している行動の意味を判断し理解したうえで行なわれるもの」[14] とされる。例えば【場面14】の、患者の「あの先生は何？内科の先生？」という発言に対し、看護者は「ええ、そうです。内科の先生です」と答えたが、その後の患者の沈黙から自分の返答した内容が患者の意向に沿っていないことに気づき、改めて患者の言葉を反芻し“患者は先生の何が気になったんだろう？”と考え、「先生がどうかしましたか？」と尋ねることで、患者が治療に対して疑問を抱いていることを知ったという、患者－看護師の相互作用の中で患者の《援助へのニード》をみきわめていく過程そのものをさす。

上述した“健康を障害され、その現実に直面できていない患者に対し、残存機能に意識が向くように促す”“すぐには解決できない心の問題を抱える患者に対し、身体と心は繋がっているためまず身体へ働きかける”“健康的な生活を送るために、これまでの生活を振り返る”ことは、看護一般論として誤った思考ではない。しかし、看護は個別な対象との相互作用の中で展開されるものであるため、看護師の思いを先行させることは、患者のニードを捉え患者に沿った看護を展開する上での障害となる危険性が高い。看護師は、自身の思考・感情を、回復過程の中で行きつ戻りつしながら揺れ動く患者一人ひとりの、その時々の状態に沿って適応させていく必要があるといえよう。

2）ケアの場の制約

「看護師の思いを先行させること」とは別に、看護実践上の障害になったものとして、「時間」や「場所」、「医師の判断」や「患者の背負う現実」といった「ケアの場の制約」があげられる。

【場面13】では、夜間救急外来から帰宅しようとする患者へ退院後の留意事項を話そうと思ったところ、突然救急車到着の連絡が入るという場面に立たされた。この夜間救急外来は、二次救急患者を対象とし、0時からの約8時間、看護師1名・医療事務2名・当直医師数名で構成された体制を敷いていた。そのような場で、次の患者が救急車で到着するという情報を聞いた看護師は「時間の制約」を感じ、患者へ今後の生活について一方的に説明した。

また【場面8】では、同救急外来で、医師から帰宅の許可が出ているが症状が完全に消失しないため一晩泊めて欲しいと訴える患者・家族と出会い、上述した「場の特性」と、「医師の判断」と、「患者・家族のニード」との間で葛藤が生じた。

【場面4】では、老年期男性、認知症疑いで入院する患者に出会った。患者は座っている車椅子を揺すりながら「家に帰りたい！」と訴えた。この時、看護師は患者の“認知機能低下”“精査中”“家族の受け入れ態勢が整っていない”という「患者の背負う現実」を想起し、患者の思いに直接向き合うのではなく、緊張していた首筋の筋肉を温かいタオルでほぐすという身体への二次的な対応を行った。

このように、看護師は、患者の《援助へのニード》をみきわめつつある過程に入っていても、必要とされる援助を実施できない場合がある。

しかしE．ウィーデンバックは、看護実践上の限界を認めつつ「その限界は現実には弾力性をもっており、それは法律上の許可や患者のニードを含むその時その場の状況や専門職業上の責務や看護婦としての機能を発揮できる能力などによって決定されるものである」[15]と述べている。つまり、「ケアの場の制約」は、看護師が患者の表現の背後にあるニードを捉え、卓越した関わりができれば、制約が制約でなくなる可能性を秘めているといえる。

振り返ると、例にあげた3場面はいずれも、研究者の看護師としての個人的な能力の限界を感じさせる場面であった。【場面13】では、まだ救急外来で勤務し始めたばかりで、救急車到着という慣れない状況への不安があった。差し迫る状況に焦り、結果として眼前の患者へ必要な援助ができなかった。【場面8】では、その後、患者・家族の訴えの背後に潜む思いを把握しつつも、患者・家族の納得が得られる関わりができなかった。【場面4】は、“患者は認知症だから”“いつものことだから”“感情的になっている今は何を言っても届かない”という自身の考えの枠に縛られ、患者が本当に受けたかった援助を阻んだ可能性をはらむ行動であった。

E．ウィーデンバックは、看護実践上の看護師個人の限界（personal limits）について、「その限界は看護婦一人ひとりに独自なものであり、それは自分が自分に課する性質のものである。この限界はある一定の瞬間における看護婦の感情や知識や理解に応じて拡大されたり縮小されたりするいわば弾力性のあるものであり、それは別の面から見れば、看護婦が機能を発揮できる潜在能力によって、またその時の状況の知覚の仕方によって、あるいはまたその知覚したことに対する情動的な反応の仕方によって影響されるものである」[16]と述べている。つまり、一つひとつの行為に先立って生じたりあるいは同時に生じる看護師の思考や感情は、限界にもなり得る一方で、患者の《援助へのニード》と、「時間」「場」「他職種の人たちとの意見の相違」「患者の背負う現実」などの限界との間に生じる葛藤

を打破していく資源になり得るともいえる。

看護師は、看護を実践するにあたり、内的な限界にもなり得る自身の能力をみきわめ、臨床現場で生じる外的な限界との矛盾を調和的に解消していく訓練が必要であるといえよう。

3）言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションの活用

（1）言語的コミュニケーションの活用

【場面６】は、非常勤職員として、多忙で人手が足りない病棟へ朝の食事介助にいった際の出来事だった。病棟スタッフの指示で老年期女性、神経難病で入院加療中の患者のもとへ行き、食事が始められるよう準備している最中、患者は病気の進行に伴う視力の低下について話し始めた。看護師は返す言葉がなく頷きながら準備を進めていたところ、患者は身体を左右に大きく動かしながら今一番苦痛に感じているのは肩こりだと話した。そこで看護師は食後に肩をマッサージすることを提案した。患者は「いいんですか？」と問い返した。看護師は“遠慮しているのかな？”と思ったが、その思いを患者に表現せず「いいですよ」と答え、食後、温かいタオルで肩を蒸しマッサージを行った。ケア終了時、礼を述べつつ微笑む患者に対し“なんだか本当に笑っていない感じがする”と思ったが、この時もまた、その時に感じた感覚を患者に戻して、患者の意思を確認しなかったため、患者にとって本当に必要なケアを把握する機会を逸してしまった。

これらのことから、患者のニードを捉え患者に沿った看護を実践するためには、看護師が、患者との関わりのなかで生じた思いをうやむやにせず自覚し、患者に表現し、その看護師の表現に対する患者の反応を確認する必要があるといえる。看護師が自身の判断に基づいて解釈した患者の思いは、あくまでも仮説であり、事実とは異なる可能性をはらんでいる。患者の本当の思いに基づく援助こそが、患者の《援助へのニード》に沿った援助であり患者に必要な援助であるといえる。E．ウィーデンバックが「看護における援助技術の秘訣は、看護婦が自分の考えたことや感じたことにどれだけ重きをおいているかにある」[17]と述べるように、看護師は、自身の思考や感情を尊重し、より良い看護を実践するため積極的に活用していく必要がある。

また、【場面７】【場面15】の、医師との認識のズレにより患者へ害を及ぼす危険性を高めた場面から、患者を中心とする医療チームのメンバー間においても率直な意見交換を心がけ、専門家同士が相互理解を深めていく必要性を感じた。

（2）非言語的コミュニケーションの活用

これまで、患者と看護師が言葉を介して関わり合うことの重要性を述べてきた。しかし、一般的には、通常のコミュニケーションのうち、言語的コミュニケーションが35％、非言語的コミュニケーションが65％といわれ、言語以外の情報が大半を占めるとされている[18]。しかも、看護の対象は、心身の消耗や機能的な障害により言葉を発することが困難もしくは不可能な状況にある人も少なくない。そのような患者を対象とする場合、看護師もまた、言葉を介して対象と関わることが困難な状況に立たされる。したがって、看護師は言語的コミュニケーションと同様、非言語的コミュニケーションの重要性を十分に認識しておく必要がある。

今回の15の場面で出会った患者には、機能的に言葉を発することのできない対象はいなかった。しかし、【場面５】【場面10】【場面11】では、患者―看護師間に生じた沈黙を介して、非言語的コミュニケーションの意味や、言語化されない思いについて考えさせられた。

【場面５】は、前述した神経難病を患う患者が入院する病棟へ朝の食事介助に行った際の出来事だった。看護師がある患者へ食事介助をしている際沈黙が生じた。その沈黙に耐えられなかった看護師は、沈黙を解消するために患者へ話しかけた。患者は、自力で座位を保持できず食事毎に他者の力を借りて車椅子に移る必要があった。さらに四肢の筋力が低下し他者が食物を口まで運ぶ必要があった。その患者に対し、看護師の“沈黙に耐えられないから”という思いから話しかけた行動は、患者のニードに沿った関わりであるとはいえない。

【場面10】【場面11】は、老年期男性、脳血管障害、回復期の患者と院内を散歩中の出来事だった。看護師は、患者が乗車する車椅子を押していた。病棟を離れ、廊下を進んでいた時、患者は途切れ途

切れに自分の思いを語り始めた。看護師は普段無口な患者が自ら語る様子に驚くと同時に、涙を流し嗚咽する患者を見て“これまでずっと独りで悩んでいたんだ。自分の思いを表出し始めている今、この状態を止めてはならない”と考え、“患者が安心して話せるように”と、人通りがなく静かで、穏やかな日差しが差し込む温かく明るい場所へ車椅子を進めた。その場に到着後、看護師は車椅子の横に座り、患者が自発的に語り始めるまで、患者と同じ方向を静かに見ていた。患者に気づかれないよう横目で表情を確認しながらも、常に身体全体で患者の気持ちの波を感じとっていた。その空間で患者はポツリポツリ自身の思いを表出し、看護師は患者の思いを知った。その間の看護師は、時間を気にするでもなく、ただ患者と波長を合わせ、２人の空間が優しい空気に包まれていくような、そんなひと時を体験した。そこに言葉はなかったが、患者との相互作用を感じた。

ところで、言語機能は失われていないものの、何らかの原因により言葉で訴えることができない人との関わりの中で、Ｐ．ケースメントは「そうしなければ語られないままになってしまうことをコミュニケートするのに不可欠なやり方として、治療者にこの種の影響力を与えうることが欠かせない患者たちがいる」[19]と述べ、患者と関わる者が患者の視線やしぐさなど声にならない訴えとしての「声なき悲鳴」[20]を感じとることの重要性を説いている。患者が意識的に言葉を発しての訴えと同様、非言語的コミュニケーションによって意識的・無意識的に訴えているサインを看護師が受けとめ、立ち止まって気にかけなければ、その患者たちの思いは、誰にも知られることなく過ぎてしまう。Ｐ．ケースメントは、声なき悲鳴を受けとめるためには、その人の苦悩の体験を知り、その情報を活用することが大切であると述べている。看護師は、患者の声にならない思いを見落とさないために、患者がこれまでどのような体験を重ね、どのような思いをして今に至るのかを、患者の身になって感じ考えることで、患者が言葉にできない思いこそを五感を総動員して感じとれるよう鍛錬していく必要性がある。さらに看護師は、言語的なコミュニケーションが成り立っている場面であっても、そこに同時に無意識的な非言語的コミュニケーションが存在していることを意識して関わる必要があろう。

４）ズレの存在に気づくことの大切さ～スーパーバイズを受けつつ振り返ることの意義～

分析対象とした15の看護場面のうち、第三者からの指摘で新たなズレの存在が明確となった場面が４つあった。これら場面はすべて「看護師の思いを先行させた」場面であり、失った身体機能に対する喪失感や無力感を抱いている患者へ“残存する機能を目に見える形で提示することで患者に「もてる力」を意識づけたい”“回復過程にあるという実感をもたせたい”という思いで関わっていた。つまり、患者の思いに沿うというよりも“力づけたい”という自身の思いが先行した場面であった。また、これら場面はすべて同時期に展開したものでもあった。思い起こすと、当時、研究者は、自己の存在が脅かされる人間関係の渦中にあった。自己評価が著しく低下していたため、自我を脅かす刺激を意識上に極力浮かび上がらせないよう抑圧することで、かろうじて外界とのバランスを保っている状態にあった。武井[21]は、「自分のなかにあって自分としては承認できない否定的部分は、自己から切り離して他者に投影されやすい」と述べている。今になって思うと、看護師である自身は、患者に自分を投影していたのではないかと思う。障害を受け入れられず、頭を下げ、小さい声で「ダメですよ…」と話す患者を前にした時、自分自身に潜むマイナス感情が引き出されることへの防衛反応として、また自分へのエールとして、患者の「もてる力」に注目し、患者を励まし続けたのではないかと思う。“患者のために”と自分なりに一生懸命関わっていた。しかし、場面を再構成し振り返ってみると、抑圧されていた感情が患者に影響していたことを知った。

このように、看護は、看護師のその時々の無意識的な精神状態までもが実践の質に反映されてしまうという側面をもつ。しかし、看護師も患者と同様、揺れ動く感情をもつ人間である。時には患者との関わりの中で感情が揺さぶられ、自身のアイデンティティが揺さぶられる体験をすることもあろう。だからこそ、第三者の力を借りながら、自身の実践を振り返る意義があるように思う。自分自身と向き合うことから逃げず対峙することによって、患者を無意識のうちにどのような固定概念で捉えていたかを知り、その背後にある自身の知覚や感情・信条や価値観を自覚できる。

Ｊ．トラベルビー[22]は、「看護に関するいかなる仮説も、人間の本性についてその人がいだいてい

る概念から発展せざるを得ない」と述べている。つまり、看護師の思考や感情は、その看護師が行う一つひとつの行為を方向づけるものであり、看護のめざす成果を真に決定するものであるため、看護師は、現時点での自分を知り認めることが、看護師としての成長の出発点であるといえる。

看護は、自分ではない他人のために、自分が判断し行動することを要求される実践である。したがって、どれだけ対象の事実をその人の置かれた現実に即して反映することができるか、その事実をもとにどれだけその人の感情をその人の位置から感じとることができるか、そしてその人のよりよい状態をどれだけ真剣にめざして関わることができるかに尽きると思われる。今回、この研究を通して他者との価値観とのすり合わせにより、自分への理解が進み、それと同時に患者の実像がより鮮明になるという実感を得た。場面を再構成すればするほど、自己の実践を客観視する力が高まり、実際の看護場面においても徐々にではあるが、自身の思考や感情を客観視し、自覚しながら患者に関わることができるようになっていった。日々多忙な状況におかれている多くの看護師は、自分の実践した看護を一つひとつ丁寧に振り返る余裕がなかなか持てない。しかし、自分が気になった場面だけでも再構成し、他者を交えて振り返ることができれば、自身の限界を超える好機となり得る。また、それは看護師として一層の可能性を発揮できるという確信をもたらす機会となるに違いない。

Ⅶ．結論

本研究では、看護実践上の看護師の思考・感情・行動のあり方について、以下の３つが示唆された。

1．患者とのズレに繋がる看護師の思考・感情・行動には、「看護師の思いを先行させる」という特徴がある。

2．看護師の思考や感情は、看護師としての内的な限界にもなり得る一方、「患者の援助へのニード」と、時間・場・他職種との意見の相違といった「ケアの場の制約」として存在する外的な限界との間に生じる葛藤を打破する資源にもなり得る。

3．看護師は、現時点での力量を自覚し、臨床の場で生じる矛盾を調和的に解消していくための訓練が必要であり、その方法として、自身の実践場面を再構成し第三者と振り返ることが有効である。

引用文献

1）E.Wiedenbach著，外口玉子，池田明子訳：臨床看護の本質－看護援助の技術　改訳　第２版，日本看護協会出版会，1984.

2）佐藤徳子：患者を理解するために看護者に必要な要素,関われないという感じの残った乳癌で手術を受けた男性患者との再構成の分析から，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，№22，55-60，1997.

3）前掲書，1）.

4）E.Wiedenbach著，稲田八重子訳：新版・看護の本質，現代社，2006.

5）前掲書４），84.

6）前掲書４），84.

7）前掲書４），85-86.

8）前掲書１），69.

9）池田明子：看護記録ハンドブック　第２版　プロセスレコードのもつ意味，メヂカルフレンド社，213-226，1985.

10）前掲書４），81-92.

11）前掲書１），54-83.

12）前掲書１），59.

13）前掲書１），59-60.

14）前掲書１），60-61.

15）前掲書１），84-96.

16）前掲書１），91.

17）前掲書４），91.

18）出口禎子編：精神看護学－生活障害と看護の実践，16，メディカ出版，2004.

19）P.Casement著，松木邦裕訳：患者から学ぶ ウィニコットとビオンの臨床応用，84，岩崎学術出版会，1991.

20）前掲書１），84.

21）武井麻子：人間関係論としての精神看護学　人間の成長と人間関係の発展，看護教育，Vol.37，№12，1046，1996.

22）J.Travelbee著，長谷川浩，藤枝知子訳：人間対人間の看護，医学書院，1974.